

# Thoraxschmerzen können viele Ursachen haben

## Was gehört abgeklärt?

**Bei Thoraxschmerzen sind die Gedanken automatisch auf kardiale Ursachen gerichtet. Sie müssen aber nicht vom Herzen kommen. Und sie können auch ausbleiben, obwohl sie vom Herzen kommen, wie das häufig bei älteren Patienten der Fall ist. Tipps, wie hier vorzugehen ist, gab es am gemeinsamen SGK/SGHC-Kongress in Baden.**



Christian Nickel



Ralf Polikar

Bei Thoraxschmerzen kommen prinzipiell 5 Diagnosen infrage: akutes Koronarsyndrom, Perikarderkrankung, Aortendissektion, Pleuraschmerzen/Pleuraemboli oder keine von allen. Für die Abklärung in der Praxis ganz wichtig ist die Anamnese mitsamt der Erhebung von Risikofaktoren. Mit der klinischen Untersuchung müssen des Weiteren typische Zeichen gesucht werden, und das EKG liefert die Daten zur elektrischen Aktivität. In der Notfallstation wird meist noch ein Echokardiogramm durchgeführt. Wichtig ist auch die Risikostratifizierung beziehungsweise das Aufspüren der Bedingungen, die die vermutete Erkrankung negativ beeinflusst, fortschreiten lässt und zu Komplikationen führt. Ebenso wichtig ist das Abschätzen der Vortestwahrscheinlichkeit für die vermutete Erkrankung.

Durch gute Kenntnisse der typischen Symptome, von spezifischen klinischen Zeichen, der Interpretation von EKG- und Echokardiogrammdaten und durch den Einsatz von klinischen Entscheidungstools lässt sich der diagnostische Erfolg gemäss PD Ralf Polikar, Kardiologe und Internist in Nyon, verbessern.

### Worauf kommt es an?

Einzelne, auch noch so typische Symptome, reichen nicht aus, um ein akutes Koronarsyndrom zu bestätigen. Eindeutige Zeichen und Red Flags (s. *Kasten*) müssen unbedingt gesucht werden.

Die meisten Patienten mit Thoraxschmerzen haben parietale, mechanische oder sonstige Ursachen. Thoraxschmerzen haben laut Polikar eine Sensitivität und Spezifität für ein akutes Koronarsyndrom von nur gerade

66 Prozent (1). Deshalb helfen Anamnese, Klinik, EKG und Herzultraschall, eine Vermutung zu bestätigen. Um ein akutes Koronarsyndrom auszuschliessen, eignen sich ein TIMI-Risk-Score oder ein HEART-Score von 0 bis 2 (1).

### Ältere Patienten sind anders

Alte Patienten haben häufig keine Thoraxschmerzen, dafür sind sie eher verwirrt, erklärt PD Dr. Christian Nickel, Leiter Notfallzentrum, Universitätsspital Basel. In einer amerikanischen Analyse bei über 400 000 Patienten mit bestätigtem Herzinfarkt hatten 33 Prozent vorgängig keine Thoraxschmerzen. Es zeigte sich, dass zunehmendes Alter einer der Faktoren ist, bei dem dieses typische Zeichen ausbleibt (2). Die Konsequenzen einer atypischen Präsentation können gravierend sein. Die Patienten suchen später Hilfe auf, sie erhalten eine weniger aggressive Therapie, und die Spitalmortalität ist höher (2).

Atypische Symptome bei einem akuten Koronarsyndrom ohne Thoraxschmerzen können sich in Form von Dyspnoe, Schwitzen, Übelkeit und Erbrechen sowie Synkopen präsentieren, die ausser Schwitzen unabhängige Risikofaktoren für Versterben sind (3).

Patienten mit einem ST-Hebungsinfarkt (STEMI) zeigen ebenso mit zunehmendem Alter häufiger atypische Symptome: keine Thoraxschmerzen, dafür Dyspnoe, Schwäche, Verwirrung, Abdominalschmerzen oder Synkopen (4).

Eine Besonderheit im Alter sei das mögliche Ausbleiben von Thoraxschmerzen selbst bei einem Pneumothorax, erklärt Nickel. 82 Prozent der älteren Pneumothoraxpatienten haben lediglich Dyspnoe (5).

Auch eine Aortendissektion bei Patienten über 70 Jahre muss keine abrupten Thoraxschmerzen zur Folge haben (6).

Bei immobilisierten Patienten sollten Sie nach einer asymptomatischen Lungenembolie Ausschau halten, so der Rat von Nickel. Als Auslöser für Synkopen ist eine Lungenembolie wahrscheinlich nicht so häufig, wie eine neue Studie anders suggeriert (7). Vielmehr sollte bei einer akut exazerbierten COPD ohne Infektnachweis oder bei Vorliegen pleuritischer Brustschmerzen nach einer Lungenembolie gesucht werden (8).

Die Tatsache, warum ältere Patienten häufig keine Thoraxschmerzen haben, könnte an der veränderten Schmerzwahrnehmung liegen. Einen Hinweis dafür liefert eine

### Red Flags

- Hypotonie
- Tachykardie
- Bradykardie ohne Therapie
- Tachypnoe
- Pulmonales Rasselgeräusch (Giemen)
- S3-Galopp
- Erhöhter zentraler Venendruck, periphere Stauung
- Neurologische Zeichen

Studie mit Patienten, die sich einer perkutanen Koronarintervention unterzogen. Die Patienten unter 70 Jahren zeigten bei der Balloninflation von über 120 Sekunden schneller und stärkeren Ischämieschmerz an als die älteren Patienten (9).

Welche Beschwerden sind die gefährlichsten? Bei älteren Personen sind Schwäche, Gangsicherheit, geistige Verfassung sowie die Länge der Medikationsliste gute Prognoseindikatoren, so der Notfallmediziner abschliessend.

**Valérie Herzog**

Quelle: «Chest pain». Gemeinsame Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaften für Kardiologie (SGK) und für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (SGHC), 7. bis 9. Juni 2017 in Baden.

#### Referenzen:

1. Faranoff AC et al.: Does This Patient With Chest Pain Have Acute Coronary Syndrome?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. *JAMA* 2015; 314: 1955–1965.
2. Canto JG et al.: Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. *JAMA* 2000; 283: 3223–3229.
3. Brieger D et al.: Acute coronary syndromes without chest pain, an underdiagnosed and undertreated high-risk group: insights from the Global Registry of Acute Coronary Events. *Chest* 2004; 126: 461–469.
4. Glickman SW et al.: Development and validation of a prioritization rule for obtaining an immediate 12-lead electrocardiogram in the emergency department to identify ST-elevation myocardial infarction. *Am Heart J* 2012; 163: 372–382.
5. Liston R et al.: Acute pneumothorax: a comparison of elderly with younger patients. *Age Ageing* 1994; 23: 393–395.
6. Mehta RH et al.: Acute type A aortic dissection in the elderly: clinical characteristics, management, and outcomes in the current era. *J Am Coll Cardiol* 2002; 40: 685–695.
7. Prandoni P et al.: Prevalence of Pulmonary Embolism among Patients Hospitalized for Syncope. *N Engl J Med* 2016; 375: 1524–1531.
8. Aleva FE et al.: Prevalence and Localization of Pulmonary Embolism in Unexplained Acute Exacerbations of COPD: A Systematic Review and Meta-analysis. *Chest* 2017; 15: 544–554.
9. Rittger H et al.: Influence of age on pain perception in acute myocardial ischemia: a possible cause for delayed treatment in elderly patients. *Int J Cardiol* 2011; 149: 63–67.



### Take Home Messages

- **Thoraxschmerzen haben viele Ursachen.**
- **Einzelne Symptome bestätigen kein ACS.**
- **Red Flags unbedingt abklären.**
- **Bei älteren Patienten können Brustschmerzen ausbleiben.**